

# SOLICITUD DE REEMBOLSO DIRECTO DURANTE LA TRANSICIÓN DE AFILIADOS RECIENTEMENTE ELEGIBLES PARA EL PROGRAMA NET PARA PERSONAS CON INGRESOS LIMITADOS (LI NET)

## ¿Qué es el Programa NET para personas con ingresos limitados (LI NET)?

LI NET es un programa de Medicare que proporciona cobertura temporal para medicamentos recetados para personas que tienen Medicare que son elegibles para un subsidio por ingresos limitados (LIS, por sus siglas en inglés) o “Ayuda adicional” y no tienen cobertura para medicamentos recetados.

## Maneras de inscribirse en el programa

### LI NET:

- Inscripción automática por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés)
- Inscripción en punto de venta en una farmacia
- Formulario de solicitud de LI NET
- Humana recibe de usted esta solicitud de reembolso directo

## ¿Por qué debería usar este formulario?

Utilice este formulario si es elegible para un subsidio por ingresos limitados y presenta recibos para solicitar el reembolso de medicamentos recetados que pagó con desembolso personal.

## ¿Qué debo completar en este formulario?

- Su número de Medicare (aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente\* y número de teléfono
- Recibo(s)

## ¿Qué sucede a continuación?

Envíe la información por correo postal a:

**LI Net Program P.O. Box 14310 Lexington, KY 40512-4130** o por fax al **877-210-5592**.

### Declaración de divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (PRA, por sus siglas en inglés)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recopilan información de los patrocinadores de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios, mejorar el cuidado médico y pagar los beneficios de Medicare. La Sección 1860D-1 de la Ley de Seguro Social y las Secciones 423.30 y 423.32 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Sistema n.º 09-70-0588, “Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)”, del Aviso del sistema de registros (SORN, por sus siglas en inglés). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no completarlo puede afectar la inscripción en el plan. Conforme a la Ley de Privacidad de 1974, se mantendrá la privacidad de toda información de identificación personal en la medida que lo indique la ley.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, no se le requiere a ninguna persona responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación presente un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1441. Se calcula que el tiempo requerido para completar esta recopilación de información es de un promedio de 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para repasar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si desea hacer algún comentario con respecto al cálculo del tiempo estimado o tiene alguna sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

No envíe solicitudes, reclamos, pagos, expedientes médicos ni ningún documento que contenga información confidencial a la Oficina de Autorización de Informes de la Ley PRA. Tenga en cuenta que cualquier correspondencia no relacionada con la carga de recopilación de información aprobada con el número de control de la OMB asociado que se indica en este formulario no se revisará, reenviará ni conservará. Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a dónde enviar sus documentos, consulte “Para obtener ayuda con este formulario” en esta página para enviar su formulario completado al patrocinador de LI NET.

Humana tiene 14 días calendario para responder si su solicitud es elegible o no para el reembolso, y debe incluir el motivo por el cual se deniega la solicitud (si corresponde). Si Humana aprueba su solicitud:

- Le enviará su cheque de reembolso a más tardar 30 días después de que determine que su reclamación es elegible para un reembolso.
- Le inscribirá retroactivamente en el programa LI NET.

## Para obtener ayuda con este formulario

Llame al servicio de asistencia de LI NET al 1-800-783-1307. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Visite [es-humana.com/linet](https://www.humana.com/linet).

O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 877-486-2048.

**En español:** Llame a Humana al **800-783-1307** (TTY 711) o a Medicare gratis al **800-633-4227** y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

## Si está experimentando una situación de falta de hogar

- \*Si desea recibir un reembolso e inscribirse en LI NET pero no tiene una residencia permanente, puede indicar un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección en la que recibe correspondencia (como sus cheques del Seguro Social) como dirección de su residencia permanente.

## Formulario de reclamación de medicamentos recetados para reembolso del afiliado

### Sección 1: Información del afiliado

#### Instrucciones de la Sección 1:

1. Complete esta sección en su totalidad y envíe esta solicitud dentro del período de presentación, que es de **36 días a partir de la fecha en que se surte la receta**. Si tiene preguntas sobre el período de presentación, llame al servicio de asistencia de LI NET al **800-783-1307** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**);
2. Si presenta una solicitud relacionada con medicamentos obtenidos a través de distintas farmacias o médicos, o una solicitud relacionada con distintos afiliados, envíe un formulario por separado para cada farmacia, médico y afiliado.

<u>Número de identificación del afiliado (obligatorio):</u>		<u>N.º de identificación de Medicare:</u>	
<u>Nombre del afiliado (apellido, nombre e inicial del segundo nombre):</u>		<u>Fecha de nacimiento (mm/dd/aa):</u>	
<u>Dirección:</u>		<u>Teléfono:</u>	
<u>Ciudad:</u>	<u>Estado:</u>	<u>Código postal:</u>	
<u>Sexo:</u>	<u>Persona que completa el formulario:</u> <input type="radio"/> Afiliado <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijo <input type="radio"/> Otro: _____		
<u>Residencia del paciente:</u> <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Hogar de ancianos <input type="radio"/> Centro de residencia asistida <input type="radio"/> Centro de cuidado inmediato <input type="radio"/> Hospicio			

¿El afiliado es elegible para la cobertura primaria de medicamentos recetados de otro proveedor de seguro?

No  Sí

Si responde sí: ¿Se presentó la reclamación al otro proveedor de seguro?

No  Sí

¿Pagó el otro proveedor de seguro como aseguradora principal?

No  Sí

Nombre del otro proveedor de seguro: \_\_\_\_\_ N.º de identificación del afiliado: \_\_\_\_\_

### Sección 2: Información sobre farmacias y proveedores

#### Instrucciones de la Sección 2:

1. Proporcione la información solicitada sobre la farmacia en la que se obtuvieron los medicamentos Y sobre el médico que los recetó.
2. Su farmacia y su médico podrán ayudarle si le falta alguno de estos datos.

#### Información de la farmacia

<u>Nombre de la farmacia:</u>		<u>N.º NCPDP o NPI de la farmacia:</u>	
<u>Dirección:</u>		<u>Teléfono:</u>	
<u>Ciudad:</u>	<u>Estado:</u>	<u>Código postal:</u>	
<u>Tipo de servicio de la farmacia:</u> <input type="radio"/> Minorista <input type="radio"/> Medicamentos compuestos <input type="radio"/> Infusión en el hogar <input type="radio"/> Institucional <input type="radio"/> Cuidado a largo plazo <input type="radio"/> Organización de cuidado médico administrado <input type="radio"/> Pedido por correo <input type="radio"/> Medicamentos de especialidad			

# Formulario de reclamación de medicamentos recetados para reembolso del afiliado

## Información del médico

<u>Nombre del médico:</u>		<u>N.º NCPDP o NPI del médico:</u>	<u>Identificación fiscal del médico:</u>
<u>Dirección:</u>		<u>Teléfono:</u>	
<u>Ciudad:</u>	<u>Estado:</u>	<u>Código postal:</u>	

### Sección 3: Información sobre medicamentos recetados

#### Instrucciones de la Sección 3:

- Complete la información indicada para **CADA** medicamento solicitado. Si falta información, no podremos procesar su solicitud. Su farmacia puede proporcionarle información que le falte.
- Incluya todos los recibos de la farmacia **Y** el comprobante de pago. Pegue los recibos con cinta adhesiva en una página separada y envíelos junto con el formulario de reclamación. Si el medicamento se suministró en la sala de emergencias o en el consultorio médico, incluya una declaración detallada.

*Tenga en cuenta: Los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos no son pagaderos conforme a los planes de Medicare.*

<u>¿Es un medicamento compuesto?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí		<i>Si responde que sí, adjunte el formulario del compuesto de la farmacia si está disponible</i>	
<u>¿Esta receta se surtió fuera de los EE. UU.?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí			
<u>¿Es una vacuna?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí		<i>Si responde sí:</i> Costo de la vacuna: \$ _____ Cargo de administración: \$ _____	
<u>Código farmacológico nacional (NDC, por sus siglas en inglés)</u>	<u>Nombre del medicamento:</u>	<u>Costo total:</u> \$ _____	
<u>Fecha de surtido (mm/dd/aaaa):</u>	<u>Número de la receta:</u>	<u>Cantidad:</u>	<u>Días de suministro:</u>
<u>Forma de dosificación</u>	<u>Concentración:</u>	<u>Despachar como código escrito (si aplica):</u>	

<u>¿Es un medicamento compuesto?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí		<i>Si responde que sí, adjunte el formulario del compuesto de la farmacia si está disponible</i>	
<u>¿Esta receta se surtió fuera de los EE. UU.?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí			
<u>¿Es una vacuna?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí		<i>Si responde sí:</i> Costo de la vacuna: \$ _____ Cargo de administración: \$ _____	
<u>Código farmacológico nacional (NDC, por sus siglas en inglés)</u>	<u>Nombre del medicamento:</u>	<u>Costo total:</u> \$ _____	
<u>Fecha de surtido (mm/dd/aaaa):</u>	<u>Número de la receta:</u>	<u>Cantidad:</u>	<u>Días de suministro:</u>
<u>Forma de dosificación</u>	<u>Concentración:</u>	<u>Despachar como código escrito (si aplica):</u>	

# Formulario de reclamación de medicamentos recetados para reembolso del afiliado

¿Es un medicamento compuesto? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí Si responde que sí, adjunte el formulario del compuesto de la farmacia si está disponible			
¿Esta receta se surtió fuera de los EE. UU.? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí			
¿Es una vacuna? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí		Si responde sí: Costo de la vacuna: \$ _____ Cargo de administración: \$ ____	
Código farmacológico nacional (NDC, por sus siglas en inglés)	Nombre del medicamento:	Costo total: \$	
Fecha de surtido (mm/dd/aaaa):	Número de la receta:	Cantidad:	Días de suministro:
Forma de dosificación	Concentración:	Despachar como código escrito (si aplica):	

¿Es un medicamento compuesto? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí Si responde que sí, adjunte el formulario del compuesto de la farmacia si está disponible			
¿Esta receta se surtió fuera de los EE. UU.? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí			
¿Es una vacuna? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí		Si responde sí: Costo de la vacuna: \$ _____ Cargo de administración: \$ ____	
Código farmacológico nacional (NDC, por sus siglas en inglés)	Nombre del medicamento:	Costo total: \$	
Fecha de surtido (mm/dd/aaaa):	Número de la receta:	Cantidad:	Días de suministro:
Forma de dosificación	Concentración:	Despachar como código escrito (si aplica):	

Si necesita más espacio, puede acceder a un formulario de información sobre medicamentos en blanco desde nuestro sitio web: <https://www.es-humana.com/pharmacy/prescription-coverages/medicare-claim-forms>

## Sección 4: Motivo de la solicitud

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> La farmacia no acepta mi plan de Humana  | <input type="checkbox"/> Recibí una vacuna cubierta por la Parte D en el consultorio médico      |
| <input type="checkbox"/> Yo no tenía la información de mi plan en el momento de la compra   | <input type="checkbox"/> Surtí el medicamento durante un desastre natural o estado de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Se me cobró por medicamentos recibidos durante una consulta a la sala de emergencias                                   | <input type="checkbox"/> Otro motivo: _____<br>_____<br>_____                                    |
| <input type="checkbox"/> Considero que la reclamación no se pagó de manera correcta   |  |
| <input type="checkbox"/> Recibí un medicamento mientras estaba en un crucero <b>(el itinerario del crucero debe incluirse con la solicitud)</b> |  |

Explique el problema: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

# Formulario de reclamación de medicamentos recetados para reembolso del afiliado

## AVISO IMPORTANTE SOBRE LA RECLAMACIÓN

Advertencia: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguro u otra persona: (1) presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información sustancialmente errónea; o bien (2) oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, comete un acto fraudulento.

### Sección 5: Firmar y devolver

**TENGA EN CUENTA: Si otra persona que no es el afiliado firma este formulario,** se requiere documentación adicional que autorice a ese representante. Esto puede incluir un formulario o declaración de Designación de un representante (AOR, por sus siglas en inglés), un poder legal (POA, por sus siglas en inglés), u otra documentación legal. Un formulario de AOR está disponible en <https://www.es-humana.com/linet> para su conveniencia.

Firma del afiliado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Devuelva el formulario completado y los recibos:

**Correo postal:** LI NET Program

P.O. Box 14310

Lexington, KY 40512-4130

**Fax:** 877-210-5592